

Domnule Director,

Subsemnatul(a) Dr. _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____ telefon _____, e-mail _____ cu specialitatea _____, codul de parafă _____, solicit a-mi aproba **înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-I-a a:**

C.M.I./S.C.M./ C.M.G./ C.M.A. _____, localitatea _____ str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, et. _____ telefon _____, fax _____ cu suprafața _____ mp.

Menționez că în cadrul unității medicale lucrează _____ medici.

Medicul împuternicit _____ Cod personal _____

Data:

Semnătura și parafa:

Anexez alăturat:

- 1. Certificatele de membru eliberate de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea eventual competențele medicului/ medicilor – copii.....
- 2. Certificatul de avizare a C.M.I./S.C.M./ C.M.G./ C.M.A. eliberat de Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Dentiști– **ORIGINAL** + copie.....
- 3. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (notificare eliberată de D.S.P-MH sau Proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare în vederea autorizării sanitare).....
- 4. Dovadă de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele medicului – copie..... ;
- 5. Act constitutiv și statutul **societății civile medicale** – copie.....
- 6. Contract de grupare sau asociere în cazul **cabinetelor medicale grupate/asociate** - copie.....
- 7. Lista de personal medical de specialitate angajat cu contract individual de muncă ori în altă formă, diplome, certificate de membru în Colegii/Asociații profesionale